

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 décembre 1899, à 1 heure

Par MAURICE DEGORCE

Né à Paris, le 12 mai 1869

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA SUTURE EN UN SEUL PLAN

DANS LA LAPAROTOMIE

ET DANS LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. LETULLE,
MAUCLAIRE, } agrégés.
DESGREZ,*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

Année 1899

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 27 décembre 1899, à 1 heure

Par MAURICE DEGORCE

Né à Paris, le 12 mai 1869

Ancien externe des hôpitaux

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

DE LA SUTURE EN UN SEUL PLAN

DANS LA LAPAROTOMIE

ET DANS LA CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. LETULLE,
MAUCLAIRE, } agrégés.
DESGREZ, }*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ GRANCHER.
	{ FOURNIER.
Clinique des maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	{ DUPLAY.
Clinique des maladies nerveuses.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	{ BERGER.
	{ PANAS.
Clinique ophtalmologique.....	{ GUYON.
Clinique des voies urinaires.....	{ PINARD.
Clinique d'accouchements.....	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRE.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

On considère, en général, dans la cure radicale des hernies et surtout dans la laparotomie, le dernier temps, c'est-à-dire la suture, comme étant d'une importance très minime relativement au reste de l'opération. « Il ne reste plus que le ventre à refermer » telle est la phrase que l'on entend trop souvent.

Cette négligence — nous dirons presque ce dédain — vis-à-vis du mode de réunion de la paroi abdominale se comprend, à la rigueur, si l'on n'envisage que les suites graves et immédiates de l'intervention, car il est bien certain qu'il existe peu de cas d'accidents mortels du fait de la plus ou moins bonne qualité de la suture ; mais si on examine les résultats éloignés, on voit que la façon défectueuse dont est pratiquée quelquefois la fermeture de la paroi peut être la cause de complications très ennuyeuses et même assez sérieuses : suppurations interminables provenant de l'élimination d'un ou de plusieurs fils, suppurations qui compromettent toujours la solidité d'une cicatrice ; récidives à la suite de cures radicales de hernies ; hernies ou éviscération à la suite de laparotomies, tels sont les accidents auxquels on se trouve exposé si le mode de réunion de la paroi abdominale n'a pas été l'objet d'une excessive attention.

Ces inconvénients, nous le répétons, ne sont pas très

graves, tout au moins au point de vue immédiat, mais ils sont particulièrement gênants et vont parfois jusqu'à nécessiter une seconde intervention.

Or il existe un mode de suture, la suture en un seul plan, qui nous paraît répondre mieux que tout autre aux conditions suivantes : simplicité et rapidité d'exécution, garantie de solidité parfaite pour l'avenir, suppression des ennuis dus à l'élimination des fils perdus.

Il nous a semblé utile de décrire avec quelque détail la technique de ce procédé, d'en montrer les avantages et d'en indiquer, d'après les faits recueillis par nous ou empruntés à d'autres, les résultats qu'on en peut attendre.

Mais avant d'aller plus loin, nous devons — et ce nous est un devoir très doux — remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux qui nous ont guidé dans nos études médicales et ont bien voulu nous permettre de profiter de leurs si précieuses leçons.

Que la mémoire regrettée de M. le Dr Dujardin-Beaumetz reçoive ici l'hommage de notre respectueuse et sincère reconnaissance pour toutes les marques de sollicitude et d'exquise bienveillance qui nous ont été prodiguées par cet admirable maître.

Que M. le Dr Monod veuille bien accepter l'expression de notre très vive reconnaissance non seulement pour nous avoir permis de profiter de son excellent enseignement clinique mais encore pour la grande bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

Nous prions M. le professeur Tillaux d'agréer nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Inconvénients des fils perdus dans les sutures en général.

Les inconvénients des fils perdus ont été déjà bien souvent décrits et d'une façon aussi complète que possible ; il nous y faut cependant revenir pour montrer comment et pourquoi les chirurgiens ont été amenés à chercher une méthode opératoire les mettant à l'abri des accidents causés par ces fils, qu'ils soient ou non résorbables.

I. INCONVÉNIENTS DES FILS PERDUS NON RÉSORBABLES. — On n'emploie plus guère actuellement, comme fil perdu non résorbable, que la soie, bien que quelques chirurgiens et notamment Granville-Bantock, se servent de crins de Florence et que d'autres, comme Schede, utilisent les fils d'argent très fins pour les sutures profondes ; nous ne nous occuperons donc que des accidents causés par elle et qui sont ou la suppuration immédiate ou l'élimination tardive d'un ou de plusieurs fils.

Le premier cas ne nous intéresse pas : provenant d'un défaut d'asepsie générale ou de l'emploi d'une tresse insuffisamment stérilisée, il peut se produire quels que soient le fil et le mode de suture choisis ; on peut du reste prévenir cette complication en observant rigoureusement les règles d'une asepsie bien entendue.

L'élimination tardive est un accident beaucoup plus

fréquent (1) et à l'abri duquel n'est aucun chirurgien quelles que soient les précautions dont il s'entoure. Il est en effet à remarquer, comme le dit Lucas-Championnière, qu'une soie même absolument aseptique est susceptible d'être éliminée. On peut citer à l'appui de cette assertion l'observation de Gérard-Marchant : un fil de soie examiné ultérieurement dans le laboratoire du professeur Cornil et reconnu parfaitement stérile fut employé dans une fixation du testicule. Le travail d'élimination de ce fil fut tel que longtemps après, on dut faire la castration.

Un opéré dont la plaie est complètement cicatrisée et qui, par conséquent, peut se croire absolument guéri, n'est jamais à l'abri de cette complication ; au bout d'un laps de temps plus ou moins long, un abcès se forme dû à un fil qui tend à s'éliminer. Si ce fil peut être facilement trouvé, la guérison est rapide, mais le plus souvent, après avoir cherché en vain à extraire la soie cause de tout le mal, il faut attendre patiemment que le travail d'élimination soit terminé et ce travail peut durer quelquefois assez longtemps, des semaines et même des mois.

Diverses théories, dans le détail desquelles nous n'entrerons pas, ont été mises en avant pour expliquer ces accidents, mais aucune n'a su rallier la majorité des opi-

(1) Voici les résultats relevés dans DEZON, Thèse de Paris, 1898 :

55 0/0	ESMARCH,
49 0/0	BILLROTH,
42 0/0	BERGMANN,
29 0/0	HELPERICH,
21,2 0/0	KUSTER,
16,5 0/0	HINECKE,
10,9 0/0	CORVIN et VICOL.

nions. D'ailleurs, la cause de cette élimination tardive des fils de soie nous importe peu ; l'essentiel, à notre point de vue, est de constater qu'elle existe et que, par conséquent, il nous faut chercher à l'éviter en supprimant, autant que possible, dans nos sutures, les fils perdus non résorbables.

II. INCONVÉNIENTS DES FILS PERDUS RÉSORBABLES. — Dans cette catégorie de fils nous n'avons à considérer que le catgut. Il nous faut cependant mentionner les fils fabriqués avec les tendons du kangaroo préconisés par Marcy de Boston (1) et dont l'emploi ne s'est pas généralisé, du moins en France. Cependant l'essai en a été tenté par le professeur Terrier (2).

Le gros reproche que l'on peut faire au catgut dont la vogue s'accrut à mesure que l'on s'aperçut des ennuis causés par la soie est, contrairement à ce qui se passe avec cette dernière, de disparaître trop rapidement. Outre que sa stérilisation absolue est très difficile à obtenir, on ne peut se baser sur la durée exacte de son travail de résorption. Il est admis, en général, que ce travail dure de dix à quinze jours ; mais cela dépend de la grosseur du fil et surtout du mode de stérilisation employé ; on ne peut donc pas avoir en lui une absolue confiance. On comprend alors parfaitement que, si, lorsqu'on suture certains plans tels que le péritoine ou la peau dont la cicatrisation se fait rapidement, la disparition prématurée du catgut est de peu d'importance, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de plans comme les plans musculaire et aponévro-

(1) MARCY, *British medical association*, Montréal, 1897.

(2) TERRIER, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 8 juillet 1891.

tique dont la réunion se fait beaucoup plus lentement.

Donc, cette complication, si elle est moins fréquente que celle à redouter avec les fils non résorbables, est aussi plus sérieuse : au lieu d'un simple retard dans la cicatrisation, accident désagréable, mais qui, à de rares exceptions près, ne met pas en danger la solidité de la paroi, nous avons à craindre ici l'écartement complet des deux lèvres de la plaie, et, par conséquent, soit une récurrence s'il s'agit d'une cure radicale de hernie, soit une éviscération s'il s'agit d'une laparotomie.

Ces accidents imputables aux fils résorbables, rapprochés de ceux reprochés aux fils non résorbables, ont été le point de départ d'une évolution dans la technique opératoire : en cherchant à remédier à ces inconvénients, on est arrivé à supprimer leur cause et à renoncer ainsi à l'emploi des fils perdus, de quelque nature qu'ils soient. C'est de là qu'est venu l'usage de la suture en un seul plan et, par conséquent, à fils temporaires dans la laparotomie et dans la cure radicale des hernies.

Avec cette suture, les complications inflammatoires imputables à la soie et au catgut sont d'autant moins à craindre que les fils employés, fil d'argent ou crin de Florence, sont très facilement stérilisables. Nous préférons cependant le crin, simple ou double ; son maniement est plus rapide et plus aisé que celui du fil d'argent et il coupe moins les tissus que ce dernier lorsque la masse embrassée est un peu épaisse. En outre son ablation est moins douloureuse.

CHAPITRE II

Des avantages et des inconvénients de la suture en un seul plan dans la laparotomie.

La laparotomie, cette opération qui devint courante avec la méthode de Lister, et qui, actuellement, est pratiquée journellement dans tous les services de chirurgie et de gynécologie, ne nous intéresse que par le procédé d'ouverture et de fermeture de la cavité abdominale. Nous laisserons donc de côté les autres temps de l'opération pour nous occuper exclusivement du premier et du dernier.

Bien que nous n'ayons en effet, dans ce travail, d'autre but que d'exposer le mode de suture qui nous semble le meilleur, il nous faudra cependant parler de l'incision car l'endroit où elle est pratiquée — et, par conséquent, les tissus qu'elle intéresse — a une grande importance au point de vue de la solidité de la cicatrice.

Pour nous rendre bien compte de cette importance, il n'est pas inutile de rappeler quelle est la constitution anatomique de la paroi antérieure de l'abdomen.

En allant d'avant en arrière, nous trouvons successivement la peau, les deux muscles droits séparés par la ligne blanche, et le péritoine. Or le plan qui nous importe le plus est le plan musculo-aponévrotique que nous allons étudier un peu plus en détail.

La ligne blanche est une longue bandelette fibreuse qui

va de l'appendice xiphoïde à la symphise pubienne et dont la largeur varie suivant la hauteur à laquelle on la considère : elle s'accroît graduellement de haut en bas jusqu'à l'ombilic et après avoir eu supérieurement de 6 à 8 millimètres, elle arrive à avoir à ce niveau de 15 à 18 millimètres. Au-dessous de l'ombilic elle se rétrécit rapidement et n'est bientôt plus représentée que par une mince lamelle.

Elle est formée, — et ceci est très important — en avant par l'entrecroisement des fibres aponévrotiques des muscles grands et petits obliques, et en arrière par celui des fibres aponévrotiques des muscles transverses. Sa portion supérieure présente une grande résistance, sa portion inférieure est mince, transparente et très peu résistante. Au-dessus de l'ombilic, la paroi abdominale emprunte sa solidité à la fois à la ligne blanche et aux muscles droits, tandis que au-dessous elle n'en est redevable qu'aux seuls muscles droits renforcés par les muscles pyramidaux.

I. INCISION.

La question qui se pose est celle-ci : où doit-on inciser ? Sur la ligne médiane ou en plein muscle ?

D'après la constitution anatomique de la ligne blanche que nous venons de rappeler, nous voyons qu'elle est formée par la réunion des fibres aponévrotiques de six muscles constricteurs du thorax et de l'abdomen ; ces muscles donc, lorsqu'ils se contractent, prennent sur elle un point d'appui. Il faudra alors qu'il existe là une cicatrice qui puisse résister à la distension que subira la ligne blanche lorsque ces muscles expirateurs entreront en jeu dans les efforts de toux ou de vomissements par exemple.

Quel tissu faut-il donc inciser pour avoir une cicatrice solide ?

Au congrès de Genève de 1896 où la question suivante avait été posée : « quel est le mode de fermeture de l'abdomen qui paraît garantir le mieux contre les abcès, les éventrations et les hernies ? », on discuta également le mode d'ouverture de la cavité abdominale. La plupart des chirurgiens présents se prononcèrent pour l'incision des aponévroses seules et voulurent que l'on respectât le muscle. Quelques-uns cependant se déclarèrent pour l'incision en plein muscle.

La Torre (1), qui s'est occupé particulièrement de la question, va plus loin : il incise sur la ligne médiane, mais quand il exécute les différents temps de la suture, qu'il pratique en étages, il réunit les muscles droits après avoir excisé l'aponévrose de la ligne blanche et même une petite tranche du bord interne de ces muscles.

Voici comment il défend sa méthode : il dit que les hernies ou les éventrations post-opératoires sont constituées par la sortie d'une partie de viscère ou de plusieurs viscères abdominaux à travers les bords des muscles droits, consécutive à la distension de la cicatrice qui les réunit, à la déchirure de cette cicatrice ou au défaut de réunion primitive des bords aponévrotiques. Or l'incision de la ligne blanche ne donne qu'une cicatrice mince et peu solide, il faut donc suturer les surfaces musculaires plutôt que les surfaces aponévrotiques qui ne sont pas, comme les premières, riches en tissus connectifs et en

(1) LA TORRE, II^e congrès international de gynécologie et d'obstétrique. Genève, septembre 1896. *La Gynécologie*, 1897.

vaisseaux et sont ainsi moins aptes à se réunir par première intention.

Nous avons vu, d'autre part, qu'anatomiquement la portion inférieure de la ligne blanche était très peu résistante et que la solidité de la paroi abdominale sous-ombilicale était due principalement aux muscles droits ; mais si cette aponévrose, qui n'oppose qu'une faible barrière à la sortie des viscères abdominaux, est suffisante à l'état normal, il n'en est plus de même quand, après avoir été incisée et suturée, elle est tirillée par les contractions des muscles obliques et transverses ; elle se distend et même se déchire et c'est ainsi que se forment les hernies et les éventrations.

Voici du reste quelques chiffres que nous trouvons dans la thèse de Fauvel (1).

Ces statistiques portent toutes sur des laparotomies avec incision en plein muscle :

Dolériss	10 cas	10 succès
Flatau	33 —	33 —
Abel	33 —	33 —

Nous ferons cependant deux reproches à cette section en plein muscle : d'abord en n'ouvrant pas la paroi abdominale exactement sur la ligne blanche, on se prive d'un point de repère facile ; ensuite, et ceci est plus sérieux, cette incision est beaucoup plus sanglante que l'incision aponévrotique ; il y a là une perte de temps consacrée à l'hémostase et à la toilette du champ opératoire qu'il faut

(1) FAUVEL, thèse de Paris, 1898.

éviter, et surtout, en procédant ainsi, on augmente les chances d'infection.

Aussi est-il préférable, et nous insistons particulièrement sur ce point, d'ouvrir systématiquement la gaine des droits; cette façon de faire évite les inconvénients décrits plus haut et permet d'accoler néanmoins non plus des segments fibreux, mais de larges surfaces musculaires dont la réunion se fait rapidement et sûrement.

Enfin, il faut noter la recommandation de Laroyenne (1) qui conseille d'arrêter l'incision de la paroi abdominale à 7 ou 8 centimètres au-dessus du pubis, parce que, d'après lui, il convient de respecter les insertions des muscles pyramidaux et des fibres renforcées des muscles droits, tenseurs de la ligne blanche.

II. SUTURE EN UN SEUL PLAN.

Spencer Wells fut le premier qui proposa de comprendre le plan péritonéal dans la suture de la paroi abdominale. Avant lui, les chirurgiens qui pratiquaient la laparotomie, tels que Baker, Brown, Clay, Kœberlé, n'osaient toucher à cette séreuse dans la crainte de la léser et surtout d'y développer une inflammation traumatique.

Clay alla même jusqu'à prétendre, mais sans pouvoir en faire la preuve, qu'en traversant le péritoine, on augmentait les chances de mortalité des opérés.

Voici ce qui amena Spencer Wells à faire, après une série d'expériences sur les animaux, la suture péritonéale : il remarqua que lorsque ses bords divisés ne se réunis-

(1) LAROYENNE, *Congrès de Genève*, 1896.

saient pas, ils contractaient des adhérences avec les viscères abdominaux, adhérences qui, devenues plus fortes et plus solides, pouvaient former des brides capables de donner lieu à des étranglements. Il vit également, et il en a cité plusieurs exemples, que si les bords du péritoine restaient désunis, il pouvait en résulter des éventrations. Il procéda alors de la façon suivante :

Il fermait la plaie avec des épingles dorées qui comprenaient toute l'épaisseur des lèvres de l'incision et étaient placées à un travers de doigt les unes des autres ; elles perforaient la peau à un doigt et le péritoine à un demi-doigt des lèvres de la plaie et étaient ensuite réunies, par des 8 de chiffre, avec du fil fort ordinaire.

Quelquefois, il se servait d'un autre procédé : il employait la suture entrecoupée avec un fil de métal ou de soie. Chaque point était séparé de l'autre par un espace de 3 centimètres dans lequel on plaçait des points superficiels n'intéressant que la peau (1).

Spencer Wells pratiquait donc la suture en un seul plan, qui, il n'y a pas longtemps, était encore employée par la presque totalité des chirurgiens français ; peu à peu, elle a été abandonnée pour la suture en étages, mais elle a gardé cependant ses partisans.

A l'étranger, beaucoup d'opérateurs la préférèrent à la suture en étages.

Au point de vue de la cicatrice, le plus intéressant des trois plans qui forment la paroi antérieure de la cavité abdominale, celui dont l'intégrité seule peut opposer une

(1) BOINET, Article Ovariectomie du *Dictionnaire Dechambre*, 1884.

barrière efficace aux viscères abdominaux lors de la contraction des muscles expirateurs, est certainement le plan musculo-aponévrotique ; c'est aussi celui dont la réunion se fait le plus lentement, surtout si la ligne d'incision est simplement aponévrotique et respecte les muscles droits. C'est même pour cela, comme nous l'avons dit plus haut, qu'il est préférable d'ouvrir la gaine de ces muscles de façon à avoir une large surface musculaire qui permet une parfaite coaptation, une réunion par première intention et une cicatrice étendue et solide.

Reproches faits à la suture en un seul plan. — Le grand reproche que l'on fait à la suture en masse est de ne pas permettre un parfait affrontement des deux lèvres de la ligne blanche. Ce reproche perd beaucoup de sa valeur étant donné ce que nous venons de dire, car il est bien certain qu'il sera plus facile de rapprocher exactement deux surfaces musculaires que deux surfaces aponévrotiques.

Pour savoir au juste à quoi s'en tenir sur le bien fondé de cette accusation, deux séries d'expériences sur le cadavre ont été faites : elles ont été contradictoires.

Laroyenne (1) à la suite de diverses expérimentations a constaté que, lorsqu'on suture en masse, la peau fait toujours obstacle à la réunion de l'aponévrose.

Auparavant Delbet (2) avait obtenu des résultats absolument opposés. Il procédait ainsi : il faisait une laparotomie et suturait en masse la paroi, soit au fil d'argent, soit au crin de Florence ; puis il congelait le cadavre et

(1) LAROYENNE, *Congrès de Genève*, 1896.

(2) DUPONT, *Thèse de Paris*, 1893.

après avoir enlevé la paroi antérieure de l'abdomen, il la plongeait, pendant un certain temps, dans l'alcool à 90° de façon à permettre une série de coupes. Dans aucune expérience il n'y eut le moindre espace mort si favorable à la suppuration, et cela sur aucune coupe, qu'elle fût faite près des sutures ou au milieu d'elles. Dupont en conclut, du reste, que la suture en masse des parois abdominales permet un affrontement parfait des différents plans.

Après ces expériences sur le cadavre, La Torre en fit sur des animaux, et il relata, au Congrès de Genève, les résultats obtenus sur une série de 24 chiens. Ces résultats, cliniques et histologiques, comportent un enseignement aussi bien sur le lieu de l'incision que sur le mode de fermeture.

Voici les résultats cliniques :

Suture en étages : sur 6 chiens opérés avec résection de la ligne blanche, il y eut 6 guérisons.

Sur 6 chiens opérés sans résection de la ligne blanche, il y eut 5 guérisons et 1 hernie.

Suture en un seul plan : sur 6 chiens opérés avec résection de la ligne blanche, il y eut 5 guérisons et 1 mort.

Sur 6 chiens opérés sans résection de la ligne blanche, il y eut 1 guérison et 5 hernies.

Huit mois après les animaux furent sacrifiés et voici les résultats histologiques :

Suture en étages à points séparés avec excision de la ligne blanche : la réunion des différents étages est très exacte et le parallélisme des plans est parfait.

Suture en étages à points séparés sans excision de la ligne

blanche : les plans de la paroi abdominale sont mal réunis ; il y a hernie de la cicatrice.

Suture continue en étages, avec excision de la ligne blanche : la réunion et le parallélisme sont parfaits.

Suture continue en étages sans excision de la ligne blanche : la réunion et le parallélisme sont parfaits ; l'espace inter-musculaire est minime et rempli par la cicatrice aponevrotique ni distendue ni amincie.

Suture en masse avec excision de la ligne blanche : la cicatrization est parfaite et le tissu cicatriciel interposé est très solide.

Suture en masse, sans excision de la ligne blanche : l'aponevrose est mince et adhérente en arrière ; les muscles droits sont éloignés l'un de l'autre de 3 à 4 centimètres environ, d'où hernies.

Tout d'abord, il faut l'avouer, ces résultats sont loin d'être à l'avantage de la suture en masse ; cependant nous remarquons que sur les 6 chiens sur lesquels on a pratiqué cette suture après avoir excisé la ligne blanche, 5 ont guéri et le 6^e est mort accidentellement, et qu'au point de vue histologique on a trouvé une cicatrice parfaite. D'autre part nous voyons que des hernies se produisent si on n'excise pas la ligne blanche, même en suturant en étages.

Aussi pouvons-nous dire que ces expériences viennent à l'appui de ce que nous avons avancé à propos de l'incision « en accolant les surfaces musculaires des deux droits on obtient une très solide cicatrice » et nous ajoutons maintenant « aussi solide en pratiquant la suture en masse qu'en employant la suture en étages ».

Non, objecte-t-on, il ne peut y avoir une réunion et un parallélisme parfaits, car, avec ce mode de fermeture, il faut serrer fortement les tissus pour avoir une coaptation suffisante, d'où il résulte un enroulement des lèvres de la peau et de celles de la ligne blanche. Nous ferons remarquer que si cet enroulement peut se produire lorsque c'est un plan essentiellement aponévrotique qu'il faut suturer, il n'en sera plus de même s'il s'agit d'un plan musculaire. Quant à la peau, elle ne s'enroulera pas, parce qu'il n'est pas nécessaire de serrer excessivement les fils, et l'on peut procéder ainsi sans inconvénient et sans crainte de hernie en prenant la précaution suivante : il suffit que le point où l'aiguille traverse le muscle soit situé plus en dehors que celui où elle traverse la peau et le péritoine ; en un mot, il faut que la suture comprenne beaucoup plus de muscle que de peau et de péritoine.

Dans ces conditions, on comprend que le plan supérieur et le plan inférieur peuvent ne pas être très serrés : le plan moyen le sera toujours assez fortement lorsque les lèvres des deux autres seront simplement affrontées.

En procédant ainsi, on évite également deux autres inconvénients dont on accuse cette suture et qui seraient dus à la striction exagérée des fils ; ces deux inconvénients sont l'écrasement des tissus avec ses fâcheuses conséquences et la coupure de la peau.

Un autre reproche fait à ce mode de réunion est le suivant : il faut, au bout d'un certain temps, faire repasser dans le péritoine un fil qui a pu s'infecter. Mais pourquoi ce fil se serait-il infecté ? N'est-il pas recouvert d'un pansement occlusif ? Si l'on craint que le malade, en se

remuant, ne vienne à déranger ce pansement, il est bien facile de fixer la première couche de gaze aseptique au moyen d'adhesol ou d'une substance semblable, et ainsi on sera sûr que les fils seront toujours à l'abri de la contamination.

Enfin, une dernière objection a été faite contre la suture en un seul plan. On a dit qu'en retirant les fils au bout d'une dizaine de jours, la cicatrice aponévrotique était, à ce moment, encore fraîche et que, restant sans soutien, elle était ainsi prédisposée à une distension qui favorisait les hernies. S'il en est ainsi pour une cicatrice n'intéressant que la ligne blanche, ce qui n'a pas été prouvé, il est clair, d'après ce que nous avons dit, qu'une cicatrice musculaire est, au bout du même laps de temps, beaucoup plus forte et, par conséquent, beaucoup moins exposée à céder. D'ailleurs, le port d'une ceinture abdominale s'impose, tout au moins dans les premiers temps.

Avantages de la suture en un seul plan. — Maintenant que nous avons énuméré les différents reproches qui ont été faits à la suture en masse et qui ne nous paraissent pas très fondés, il nous faut voir les avantages de ce procédé; ils sont immédiats et éloignés.

Les avantages immédiats sont la simplicité et la rapidité de la fermeture de la plaie. Avantages médiocres, dira-t-on ! Oui, si aucune complication n'est survenue au cours de l'opération : non, si pour une cause quelconque, celle-ci a dû être écourtée et achevée le plus vivement possible.

Que la durée de l'intervention soit beaucoup plus longue qu'on ne la supposait devoir être, et ce chez un malade

peu résistant ; qu'un ou plusieurs vaisseaux ne puissent être trouvés et liés immédiatement d'où hémorrhagie et affaiblissement de l'opéré ; enfin que des accidents dus à l'anesthésie se produisent, il faut se hâter de terminer et c'est alors que la suture en masse, simple et rapide, est utile.

Comme avantages éloignés nous trouvons qu'avec ce procédé la suppuration des fils est beaucoup moins à craindre qu'avec la suture en étages ; cela tient à ce que l'on emploie seulement des fils très facilement stérilisables, comme le fil d'argent et le crin de Florence, et que l'on néglige le catgut qui, lui, est si difficile à aseptiser. De plus, comme ces fils sont enlevés au bout d'une dizaine de jours, une suppuration tardive ne pourra se produire, ce qui arrive malheureusement trop fréquemment lorsqu'on se sert de soie.

Nous nous sommes, d'ailleurs, déjà occupé de ces inconvénients des fils perdus et il est inutile d'y revenir.

Cependant, bien que nous considérions la suture en masse comme un excellent procédé, nous ne pouvons passer sous silence la statistique dressée par Kühne dans la clinique de Marburg et dans l'hôpital Impératrice Augusta de Berlin et citée par La Torre au Congrès de Genève :

Suture en un seul plan 53 0/0 de hernies.

Suture en étages 11 0/0 de hernies.

Sans aller jusqu'à dire, comme Talleyrand, que la statistique est le « mensonge en chiffres » et sans mettre en doute la véracité de ces résultats, il est permis cependant

de s'en étonner. Il faut se rappeler que si, dans certains cas, la statistique est le véritable critérium de la valeur d'un procédé, il arrive, par suite de circonstances, quelquefois reconnues, parfois même insoupçonnées, que cette base d'appréciation perde une grande partie de sa valeur. Il est probable que ces circonstances se sont produites ici. A l'appui de ce dire on peut citer ces autres résultats : Ratchynsky (1) préconisant la suture mixte de de Ott : suture en masse, puis suture séparée de l'aponévrose avant de nouer les premiers fils ; donne les chiffres suivants :

Suture mixte : 3,1 0/0 de hernies.

Sutures soit en masse soit en étages : Landau, 15 0/0.

— — — Gallet, 17 0/0.

— — — Winter, 8 à 30 0/0.

On peut dire que là aussi le résultat est assez surprenant.

Comme preuve encore de ces circonstances que peuvent modifier considérablement une statistique et même la fausser, il faut relater les faits rapportés par Diriaut (2). Sur 24 laparotomies terminées par une suture en un seul plan, il y eut 3 cas de rupture de la cicatrice, ce qui est relativement énorme. Or il ne faut pas accuser ici le procédé de réunion, la seule raison de ces insuccès a été l'ablation prématurée des fils. Diriaut — et il expose la technique de Routier — conclut ainsi : « Cette suture est aussi bonne que toute autre, et, comme elle est la plus

(1) RATCHYNSKY, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 10 août 1898.

(2) DIRIAUT, Thèse de Paris, 1896.

simple, elle présente de grands avantages pour terminer des opérations graves et longues. » Seulement il recommande de ne pas enlever les fils avant au moins dix jours.

D'ailleurs, si la réunion en masse était suivie aussi fréquemment de hernies que le veut la statistique de Kühne, il est peu probable qu'on continuât à l'employer.

Pourtant, bien que plusieurs chirurgiens et surtout Pozzi et Terrier se soient élevés contre elle, elle a gardé des partisans convaincus qui ne veulent pas pratiquer d'autre mode de fermeture de la paroi abdominale. C'est ainsi qu'elle est généralement employée en Allemagne, en Russie, en Angleterre.

Voici, à son sujet ce que dit le professeur Tillaux (1) : « Je continue à comprendre dans la même suture le péritoine, les muscles et la peau, sans faire plusieurs plans de suture, l'expérience m'ayant démontré que les résultats ultérieurs sont excellents. »

Duhrsen et Martin suturent toujours en un seul plan.

Granville-Bantock (2) agit de même, mais pas absolument toujours, il fait la suture en étages sur les sujets émaciés, et sur les sujets très gras, il fait deux plans, l'un pour le péritoine, l'autre pour les autres tissus.

Amann, de Munich (3), se sert d'un procédé un peu différent ; il enfonce l'aiguille près de la lèvre droite de la plaie cutanée et la fait ressortir à travers le péritoine, tout près de son bord ; puis il la conduit sous la lèvre op-

(1) TILLAUD, *Traité de chirurgie clinique*, 1894.

(2) GRANVILLE-BANTOCK, *Congrès de Genève*, 1896.

(3) AMANN, *Congrès de Genève*, 1896.

posée de la plaie et lui fait traverser le péritoine et la couche musculo-aponévrotique ; là il s'arrête pour faire avec le même fil une anse de suture comprenant l'aponévrose du côté droit qu'il affronte avec celle du côté opposé et enfin il fait ressortir l'aiguille par la peau du bord gauche de la plaie.

La suture au crin de Florence doit rester en place une vingtaine de jours.

Comme on le voit, c'est une suture en un seul plan, ou plus exactement c'est une suture mixte à un seul fil ; mais ce procédé assez compliqué perd justement les principales qualités de la fermeture en masse qui sont la simplicité et la rapidité.

CHAPITRE III

Procédé de M. Ch. Monod.

Pour obvier aux inconvénients qui résultent de l'emploi des fils perdus, résorbables ou non, et après avoir eu la preuve que la suture en un seul plan donnait d'aussi bons résultats post-opératoires que la suture en étages, M. Monod pratique dans ses laparotomies, le procédé suivant :

L'incision est faite sur la ligne médiane et les différents temps de l'opération se succèdent normalement, seule la façon de suturer diffère de ce qui a été fait jusqu'à présent et demande une description particulière (1) : « Une aiguille emmanchée, forte et très courbe, est enfoncée dans la peau sur l'une des lèvres de la plaie, à 6 ou 8 millimètres du bord libre de cette lèvre ; la peau traversée, l'aiguille est inclinée de façon que sa pointe, glissant sous le tégument de dedans en dehors, aille pénétrer et traverser le muscle droit et sa gaine, le muscle ayant été, au préalable, bien mis à découvert par incision de son enveloppe dans toute la hauteur de la plaie. L'aiguille ayant ainsi chargé le muscle dans sa concavité, sa pointe est ramenée vers la ligne médiane de façon à reparaitre dans le ventre en perforant le péritoine le plus près possible de son bord libre. La même manœuvre étant répétée sur la

(1) CH. MONOD, *Bulletins de la Société de chirurgie*, 1899, n° 30, p. 812.

lèvre opposée, on comprend qu'un fil ainsi placé soit disposé de telle sorte qu'il comprenne dans son anse très peu de peau, beaucoup de muscle, et très peu de péritoine. »

Les fils employés sont des crins doubles et ils ne sont jamais retirés avant au moins dix jours.

En faisant l'incision, il arrive fréquemment que la gaine de l'un des deux droits se trouve ouverte ; mais cela ne suffit pas ; il faut inciser la gaine de l'autre droit afin d'avoir une surface d'affrontement franchement musculaire. Nous insistons sur cette façon de faire parce que c'est là un point très important de ce mode opératoire.

En suturant ainsi, on obtient une paroi très solide grâce à la fusion sur la ligne médiane des deux muscles droits qui forment une sangle unique et résistante.

Nous ne nous étendrons pas sur les avantages que présente cette méthode, avantage que nous avons déjà développés.

Rappelons simplement qu'avec elle la réunion des surfaces essentiellement musculaires se fera rapidement et sûrement, que l'on pourra éviter l'enroulement des lèvres de la plaie puisqu'il n'y a plus nécessité de serrer les points de suture et qu'enfin on n'aura plus à craindre les accidents inflammatoires si facilement produits par les fils systématiquement abandonnés dans les tissus.

M. Guinard, ayant été informé par M. Monod des bons résultats obtenus par ce mode opératoire, l'emploie, depuis un an, dans ses laparotomies, et il nous a affirmé s'en être très bien trouvé. Il se félicite surtout de ne plus avoir à redouter ces complications que donnent les élimi-

nations tardives, si tardives qu'il nous en a cité un cas survenu deux ans après une intervention ; comme, d'autre part, il n'a jamais eu de hernie ou d'éventration post-opératoire, il en conclut que cette méthode est excellente.

M. Guinard — et nous l'en remercions vivement — a bien voulu nous communiquer l'observation d'une opération pratiquée par lui dans son service, observation extrêmement intéressante pour nous et qui est un argument de grande valeur en faveur de la thèse que nous soutenons.

« Le 9 juin 1899, une laparotomie exploratrice est faite à une malade enceinte de trois mois. Pour des raisons qui ne nous intéressent pas, l'utérus gravide est fixé en bonne position, puis le ventre est refermé par des sutures en un seul plan au crin de Florence. Le crin, suivant la technique de M. Monod, prend peu de peau, beaucoup de muscle et peu de péritoine.

Actuellement, et nous sommes au 25 novembre, la grossesse est à terme ou à peu près, et la cicatrice, revue plusieurs fois, est restée absolument solide. »

Après ce résultat typique, il nous sera permis d'affirmer notre confiance dans le procédé que nous préconisons.

RÉSULTATS DE CE PROCÉDÉ.

Nous avons relevé 26 observations de laparotomie dans lesquelles la suture a été faite en un seul plan ; mais nous n'avons pu revoir que 16 de ces malades.

Nous avons malheureusement à constater un cas d'éventration (obs. II) : mais il faut dire qu'au moment où fut faite cette intervention (juillet 1896), M. Monod qui ne faisait que commencer à appliquer ce mode opératoire n'ouvrait pas franchement et systématiquement la gaine des droits. Outre cela, il y eut, au cours de la cicatrisation, quelques accidents inflammatoires qui eurent une influence d'autant plus néfaste qu'ils se produisirent sur une paroi très affaiblie et relâchée par six grossesses successives.

Par contre, dans les 15 autres cas, dont un est relatif à un homme, nous avons trouvé une cicatrice excellente et ayant un aspect assez spécial ; elle est déprimée et présente un infundibulum à sommet péritonéal s'exagérant au lieu de s'effacer au moindre effort ; de plus, on sent au-dessous, une induration profonde, quelquefois très accusée et qui montre à quel point cette cicatrice est solide et résistante.

Ces particularités existent dans chacune de nos observations, mais nous ne les avons pas répétées.

Sur ces 15 malades :

5 ont été revues plus de 2 ans après l'opération

1	—	19 mois	—
1	—	15 —	—
2	—	12 —	—
1	—	10 —	—
1	—	8 —	—
3	—	7 —	—
1	—	2 —	—

Parmi ces opérées, il faut en citer une qui a subi la laparotomie à 68 ans (obs. IV).

Quant aux 10 autres, elles sont sorties guéries au bout d'un mois au moins et présentaient une très belle cicatrice, mais il nous a été impossible de les retrouver et de contrôler les résultats éloignés de l'opération.

CHAPITRE IV

Des différents procédés de suture dans la cure radicale des hernies inguinales.

Nous n'avons pas à faire l'historique du traitement curatif de la hernie inguinale, surtout après la thèse d'agrégation de Segond. Nous dirons simplement que la première opération de cure radicale directe ne fut faite qu'en 1874. Depuis ce moment elles se sont multipliées ; les résultats heureux obtenus par ce mode de traitement firent sa vogue et actuellement il est courant.

En raison de la fréquence et de l'efficacité de cette intervention, les chirurgiens ont été amenés à s'en occuper beaucoup et à chercher, avec persévérance, à la perfectionner.

De nombreux modes opératoires ont été préconisés ; mais, à partir de 1894, époque à laquelle Villar (1) au retour d'un voyage à Padoue, exposa le procédé de Bassini, ce dernier devint le plus couramment employé, soit tel que le pratiqua son auteur, soit plus ou moins modifié.

L'originalité de ce mode opératoire de Bassini consiste en la façon dont est reconstituée la paroi abdominale.

Il y a trois plans de suture :

1^o Suture du bord inférieur des muscles petit oblique et transverse à l'arcade crurale ;

(1) VILLAR, *Journal de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 1894.

2° Suture des deux lambeaux de l'aponévrose du grand oblique ;

3° Suture de la peau.

Ce procédé qui est excellent, puisqu'il reconstitue la paroi postérieure et la paroi antérieure du canal inguinal, ne satisfaisait pas encore entièrement les chirurgiens qui, tous, avaient plus ou moins à se plaindre des accidents causés par l'emploi des fils perdus, soie ou catgut. Aussi entreprit-on de nouvelles recherches pour obvier à ces inconvénients, et avec elles la cure radicale des hernies entra dans une nouvelle phase.

Duplay et Cazin (1) les premiers inventèrent en 1896 une méthode de suture à fils temporaires et ils furent rapidement suivis par Defontaine (du Creusot) (2), Jonnesco (3), Del Greco (4) et J.-L. Faure (5).

Ces procédés, tout en réalisant un des desiderata de la suture en un seul plan — l'abandon de l'emploi des fils perdus — en diffèrent par le mode de réunion ; aussi, sans les décrire complètement, nous faut-il dire quelques mots sur la façon dont est faite dans chacun d'eux la reconstitution de la paroi abdominale.

Duplay et Cazin font deux plans de suture en U, le premier pour la paroi postérieure du canal inguinal et conformément au principe de Bassini ; le second pour la paroi

(1) DUPLAY ET CAZIN, *Semaine médicale*, 11 novembre 1896 ; *Archives générales de médecine*, janvier 1897 ; *Semaine médicale*, 1897.

(2) DEFONTAINE, *Archives provinciales de chirurgie*, février 1897.

(3) JONNESCO, *XII^e Congrès international de médecine*, Moscou, août 1897 ; *Rivista de chirurgia*, août 1898.

(4) DEL GRECO, *In Gigli e Baroni*, 1897.

(5) J.-L. FAURE, *Presse médicale*, 26 janvier 1898.

antérieure et à la manière de Lucas-Championnière, en faisant chevaucher, l'une sur l'autre, les deux lèvres de cette paroi.

Defontaine ne s'occupe jamais de refaire la paroi abdominale ; l'originalité de sa méthode consiste dans le traitement du sac : il fait une sorte de Barker à fils temporaires.

Jonnesco restaure la paroi au moyen de deux étages de fils en U, l'un profond, l'autre superficiel ; il laisse le cordon spermatique derrière la paroi abdominale.

Del Greco exécute la manœuvre de Bassini au moyen de fils temporaires ; il y a un plan pour la paroi postérieure du canal inguinal et un plan pour la paroi antérieure et la peau.

J.-L. Faure ne s'occupe que de la reconstitution de la paroi antérieure du canal inguinal.

Nous avons dit, en étudiant le mode de réunion de la paroi abdominale dans la laparotomie, que M. Monod s'était arrêté à la suture en un seul plan, mais avec une technique un peu spéciale. Or, au commencement de 1898, un de ses internes M. Vanverts eut l'idée d'appliquer ce procédé à la cure radicale des hernies. Comme il le dit lui-même (1) « il ignorait à ce moment qu'il venait de réinventer, avec quelques modifications de détail peu importantes, celui qu'avait décrit Villar ».

En effet Villar avait employé en novembre 1896 un nouveau mode de suture qu'il exposa en 1897 (2) et dont il donne une description très succincte.

(1) VANVERTS (de Lille), *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1899, n° 30, p. 812.

(2) VILLAR, XI^e Congrès français de chirurgie, Paris, 1897.

Après avoir incisé le canal inguinal dans toute son étendue et avoir réséqué le sac, il suture les parties molles au moyen de fils qui traversent de haut en bas : la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique, le petit oblique et le transverse ; puis de bas en haut : l'arcade crurale, le tissu cellulaire et la peau de la lèvre opposée.

En somme, on arrive au même résultat que dans le procédé de Bassini, mais avec cette différence capitale que, le cordon étant laissé en arrière, le canal inguinal n'existe plus, fait dont nous montrerons plus loin l'importance.

Disons en passant — et nous avons trouvé ce détail dans la thèse de Dezon — que Villar a été amené tout à fait par hasard à expérimenter cette méthode : ayant pratiqué une néphropexie, il dut, au bout de quelque temps, enlever les fils qui provoquaient des accidents inflammatoires.

Dix-huit mois après, il revit son opéré et constata que le rein était resté fixé ; il fit une seconde néphropexie sans fils perdus et en connaissance de cause, et, devant les bons résultats obtenus, il appliqua ce même procédé à la cure radicale des hernies.

CHAPITRE V

Suture en un seul plan (Procédé de Villar).

Nous allons étudier, un peu plus en détail, et avec les modifications légères qui y ont été apportées, le procédé de Villar.

Nous empruntons la description du dernier temps de l'intervention, c'est-à-dire de la suture, au rapport de M. Monod (1) sur le travail de Vanverts.

« Le sac et son contenu sont découverts et traités par les moyens ordinaires. Les muscles petit oblique et transverse étant bien mis à nu, on libère, tout d'abord, leur face postérieure sur une hauteur de 2 à 3 centimètres et l'on fixe leur bord inférieur avec une pince de Kocher. Le cordon spermatique est abandonné dans la profondeur; une aiguille très courbe, montée à angle droit sur un manche, est enfoncée dans la lèvre supérieure de l'incision, à 5 à 8 millimètres de son bord libre et près de son extrémité externe. L'aiguille traverse le tissu cellulaire sous-cutané puis l'aponévrose du grand oblique et enfin les muscles petit oblique et transverse à 2 centimètres au moins de leur bord inférieur. L'index gauche de l'opérateur appuyant sur le cordon et protégeant les tissus profonds (vaisseaux iliaques externes), l'aiguille pénètre, de

(1) CH. MONOD, *Bulletins de la Société de chirurgie*, n° 30, p. 812, 1899.

la profondeur vers la superficie, dans l'épaisseur de l'arcade crurale, traverse du même coup et embrasse la lèvre inférieure de l'aponévrose incisée du grand oblique, puis la lèvre inférieure de l'incision cutanée, à 5 à 8 millimètres de son bord libre, en un point correspondant à celui où elle a pénétré la lèvre supérieure. Un crin solide, simple ou double, suivant sa résistance, est introduit dans le chas de l'aiguille et celle-ci est retirée.

« Le premier point est placé. Les autres le sont de même en dedans du précédent, séparés les uns des autres par une distance de 8 à 10 millimètres ; leur nombre varie avec la longueur de la plaie ; il est, en général, de cinq. Les fils inférieurs traversent le tendon conjoint et les deux piliers inguinaux. Le dernier fil est placé de telle façon que l'orifice qui donne passage au cordon soit suffisant pour que celui-ci ne subisse pas de compression. »

Les fils sont enlevés au bout d'une dizaine de jours et l'on conseille au malade de ne point porter de bandage. Il est bien évident cependant que, s'il s'agit d'un individu âgé, atteint d'une affection pulmonaire occasionnant une toux fréquente ou présentant une paroi abdominale faible, le port d'un bandage s'impose.

AVANTAGES DE CE PROCÉDÉ.

La technique opératoire de ce procédé se rapprochant beaucoup — pour ne pas dire tout à fait — de celle que nous avons préconisée dans la laparotomie, il en résulte que presque tous les avantages de la suture en un seul plan dans la cure radicale des hernies ont été énoncés et exami-

nés lorsque nous avons parlé de l'emploi de cette suture dans la laparotomie.

Nous ne ferons donc que les indiquer brièvement :

Suppression des fils perdus.

Large surface d'affrontement permettant une cicatrice solide.

Simplicité et rapidité de l'opération, qualités quelquefois très appréciables.

Un très grand avantage qu'a ce procédé, ainsi que celui de Jonnesco, du reste, est la destruction du canal inguinal dont on peut, sans inconvénient, accoler les deux parois antérieure et postérieure, puisqu'on laisse le cordon spermatique en arrière de la paroi abdominale.

Ce canal, surtout chez certains sujets prédisposés, même après la restauration de la paroi est toujours un « *locus minoris resistentiæ* » où une hernie a volontiers tendance à se reproduire ; or en le supprimant, lui qui est la cause prédisposante, on supprime en même temps les chances de récurrence. Il reste bien un petit orifice par où passe le cordon lorsqu'il pénètre dans le scrotum, mais il est placé au-dessus du pubis et par conséquent en un point peu favorable au développement des hernies ; on en trouve la preuve dans la rareté de la variété oblique interne.

Il faut aussi remarquer qu'en faisant le Bassini, on resserre considérablement le calibre du canal inguinal, ce qui occasionne parfois la compression du cordon et l'hématome consécutif. Avec le procédé de Villar, cette complication est beaucoup moins à craindre, le cordon ne pouvant plus être comprimé qu'en un seul point, le

petit orifice où il passe, lorsqu'il arrive dans le scrotum. Il est alors facile d'en surveiller les bonnes dimensions.

Les procédés de Duplay et Cazin, de Defontaine, de Jonnesco, de del Greco et de J.-L. Faure, ont donné de très bons résultats et nous paraissent excellents ; mais, si nous avons à choisir, nous donnerions la préférence à celui de Villar, modifié comme nous l'avons dit, qui, tout en étant aussi efficace, est plus simple et plus rapide.

RÉSULTATS DE CE PROCÉDÉ.

Nous avons relevé 23 observations (1) de cure radicale de hernies dont la suture a été faite en un seul plan. Il nous est arrivé ici ce qui nous est arrivé pour nos observations de laparotomie ; nous n'avons pu remettre la main sur tous les opérés ; cependant nous en avons revu 15.

Sur ces 15 il y en a un (Obs. XXVIII) qui présente une récurrence ; mais cette récurrence n'est pas due à la suture qui est restée très solide ; il faut l'attribuer à la faiblesse générale de la paroi abdominale qui est telle que, de l'autre côté, se montre également une pointe de hernie. Cette récurrence se rapprocherait plutôt d'une hernie directe.

Chez les 14 autres, la cicatrice est très bonne et très résistante et présente les caractères que nous avons indiqués plus haut, lorsque nous avons parlé des résultats

(1) Ces observations nous ont été communiquées très aimablement par notre ami le Dr Blanc, ancien interne de M. Monod, qui a aidé ce dernier dans ses opérations et en a même pratiqué quelques-unes lui-même. — Les malades ont été revus par nous.

obtenus dans la laparotomie par la suture en un seul plan :

1 malade a été revu 21 mois après l'opération.

1	—	20 mois	—
2	—	16 mois	—
3	—	12 mois	—
3	—	11 mois	—
2	—	10 mois	—
1	—	9 mois	—
1	—	7 mois	—

Quant aux 8 autres, ils sont partis guéris au bout d'un mois, mais nous ne savons ce qui est advenu après leur sortie.

Vanverts a déjà publié les résultats éloignés obtenus par Villar et lui dans 14 cures radicales de hernies avec suture en un seul plan, résultats qui se décomposent ainsi :

14 guérisons ;

En les ajoutant à ceux que nous venons de relater, nous arrivons à ces chiffres.

Sur 29 cas il y a eu :

28 guérisons ;

1 récurrence, et encore cette dernière ne doit-elle pas être attribuée au mode de suture employé.

OBSERVATIONS

Laparotomies.

OBSERVATION I.

Appendicite.

C..., 28 ans, mouleur en bronze.

Entre à St-Antoine, le 4 juin 1896. On trouve une plaque d'induration au point classique de l'appendice ; elle remonterait à cinq semaines.

Laparotomie le 23 juin. Résection à froid de l'appendice.

On place un Mikulicz et on suture la paroi en un seul plan.

Le 25 juin, on enlève le Mikulicz que l'on remplace par un drain.

Le 2 juillet, on enlève les fils. La cicatrice est excellente.

Le 25 juillet, le malade part à Vincennes complètement guéri.

OBSERVATION II.

Kyste de l'ovaire.

M..., 41 ans, concierge.

Entre le 16 juillet 1896 à St-Antoine.

Laparotomie le 18 juillet. Extirpation de deux kystes à droite et à gauche, kystes qui crèvent pendant les manœuvres d'extraction. On place un Mikulicz et un drain et on suture à un seul plan de crins.

Le 19 juillet, on enlève le Mikulicz, mais on replace le drain que l'on supprime le 21, mais que l'on est obligé de remettre le 25.

Le 27, on enlève les fils qui se sont infectés, mais superficiellement seulement ; il y a une désunion superficielle de la ligne de suture.

Le 29, on supprime le drain et la malade sort le 18 août. La plaie superficielle est presque complètement cicatrisée.

Cette malade, *revue par nous* le 26 novembre 1899, présente une événtration qu'elle a d'ailleurs remarquée dès les premiers jours qui ont suivi sa sortie de l'hôpital.

Seuls les fils supérieurs ont tenu, ce qui n'est pas très étonnant, après les accidents de suppuration qui se sont produits et qui ont nécessité l'enlèvement prématuré des fils. Il faut dire aussi que la malade a une paroi abdominale très affaiblie par une série de 6 grossesses.

OBSERVATION III.

Kyste prolifère de l'ovaire.

A..., 58 ans, journalière.

Entre à St-Antoine le 13 juillet 1896.

Laparotomie le 21 juillet. Incision très longue de la paroi. Ablation d'une volumineuse masse en partie kystique rattachée par un pédicule assez large au bord droit de l'utérus. Ablation également d'un autre kyste volumineux relié par un pédicule au bord gauche de l'utérus. Mikulicz. Suture de la paroi au crin double et en un seul plan.

Le 23 juillet, on enlève le Mikulicz ; on place un drain que l'on supprime le 25.

Le 31, ablation des fils : réunion parfaite.

Le 23 août, la malade sort avec une très bonne cicatrice.

La malade est *revue par nous* le 26 novembre 1899.

La paroi présente une grande solidité et la cicatrice très longue est excellente. La malade porte une ceinture.

OBSERVATION IV.

Kyste de l'ovaire.

C..., 68 ans.

Entre à St-Antoine le 10 décembre 1896.

Laparotomie, le 20 décembre. Extirpation du kyste.

Mikulicz et drain. Suture en un seul plan.

Le 22 décembre, on supprime le Mikulicz.

Le 24, on supprime le drain et le 30 on enlève les fils.

La malade reste longtemps à l'hôpital parce qu'elle s'y trouve bien, mais elle peut être considérée comme guérie dès le 8 janvier 1897.

La malade a été *revue par nous* le 19 novembre 1899.

Depuis son opération elle a toujours porté une ceinture.

La cicatrisation est excellente et la paroi très solide. Cela est d'autant plus remarquable que la malade âgée aujourd'hui de 71 ans, avait été opérée à l'âge de 68 ans.

OBSERVATION V.

Kyste de l'ovaire.

D..., 31 ans, couturière.

Entre à St-Antoine le 11 décembre 1896 avec une tumeur nettement fluctuante et remontant jusqu'à l'ombilic.

Laparotomie le 15 décembre. Extirpation du kyste.

Suture de la paroi au crin à un seul étage, sans drain.

Le 26 décembre, on enlève les fils à la malade qui se lève le 4 janvier 1897 et sort le 7 avec une excellente cicatrice.

OBSERVATION VI.

Péritonite adhésive.

G..., 51 ans, ébéniste.

Entre à St-Antoine le 28 décembre 1896.

Laparotomie le 28 janvier. Destruction d'adhérences intestinales. L'hémorrhagie résultant de cette destruction ayant cessé on referme le ventre par un plan de suture sans drainage.

Le 30 janvier, on est obligé de faire sauter deux fils et de décoller en ce point les lèvres de la plaie pour donner passage à environ trois cuillerées à bouche de sang noir collecté dans le péritoine. On met un drain. Le reste de la ligne de suture a bon aspect. Le 1^{er} février, on retire le drain.

Le 14 février, ablation des fils. La réunion est très bonne et le 13 mars le malade part pour Vincennes.

OBSERVATION VII.

Fibrome de l'utérus.

L..., 49 ans.

Entre à St-Antoine le 15 février 1897.

Laparotomie le 18 février. Hystérectomie totale.

Suture en un seul plan.

Les suites opératoires sont très bonnes et la malade sort guérie le 12 mars.

OBSERVATION VIII.

Hydro-salpinx double.

R..., 23 ans, couturière.

Entre à St-Antoine le 15 février 1897.

Laparotomie le 25 février. Double castration.

Suture en un seul plan au crin de Florence.

Après une convalescence excellente la malade sort guérie le 20 mars.

OBSERVATION IX.

Kyste de l'ovaire droit.

M..., 24 ans; couturière.

Entre à St-Antoine le 24 février 1897.

Laparotomie le 6 mars. Extirpation du kyste. On met un drain et on suture la paroi en un seul plan.

Le 9 mars suppression du drain.

Le 15. — Ablation des fils; la réunion est très bonne.

Le 29. — La cicatrice linéaire est parfaite et la malade quitte l'hôpital le 1^{er} avril.

OBSERVATION X.

Ovaire scléro-kystique gauche.

H...

Laparotomie le 28 mars 1897. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Fermeture au crin de Florence en un seul plan.

Guérison rapide.

La malade *est revue* le 25 novembre 1899 par M. Monod : les résultats sont excellents; la cicatrice et la paroi sont très bonnes et très solides.

OBSERVATION XI.

Ovarite suppurée droite.

C..., 34 ans, institutrice.

Entre à St-Antoine le 3 mai 1897.

Laparotomie le 7 mai. Mikulicz et drain. Suture en un seul plan.

Le 15 mai, on retire les fils; la réunion est excellente.

La malade *a été revue* en juin 1899 par M. Monod : la cicatrice était parfaite et la paroi très solide.

OBSERVATION XII.

Salpingite droite.

M..., 23 ans, couturière.

Entre à St-Antoine le 31 mars 1897.

Laparotomie le 15 mai. On enlève les annexes droites.

Mikulicz et drain. Suture en un seul plan.

Le 17 mai, ablation du Mikulicz et le 18 suppression du drain.

Le 20, on fait sauter deux points de suture qui présentent un peu de rougeur sans cependant suppurer.

Le 21 juin, la plaie étant complètement cicatrisée, la malade part pour le Vésinet.

OBSERVATION XIII.

Kyste dermoïde de l'ovaire droit.

T..., 25 ans, mécanicienne.

Entre à St-Antoine le 26 mai 1897.

Laparotomie le 29 mai. Extirpation du kyste. Suture en un seul plan au crin, sans drainage.

Le 9 juin, ablation des fils : la réunion est très bonne.

Le 15, la malade sort guérie.

La malade a été revue par nous le 19 novembre 1899.

La paroi est très résistante et le résultat excellent.

La malade continue à porter une ceinture.

OBSERVATION XIV.

Kyste de l'ovaire gauche.

F..., 48 ans, couturière.

Entre à St-Antoine le 8 juin 1897.

Laparotomie le 12 juin. Incision très longue.

Extirpation de la poche du kyste. Fermeture par un seul plan au crin de Florence.

Le 23 juin, on enlève les fils : la cicatrice très longue puisqu'elle a 15 centimètres est très bonne.

Le 12 juillet, la malade sort avec une paroi excellente.

OBSERVATION XV.

Hémato-sulpinx gauche.

L..., 48 ans.

Entre à St-Antoine, le 4 avril 1898.

Laparotomie le 23 avril 1898. On enlève la trompe et l'ovaire gauches. Suture au crin, en un seul plan.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort guérie le 21 mai.

La malade est revue par nous le 26 novembre 1899 ; elle va très bien et présente une paroi et une cicatrice parfaites. Depuis 6 mois, elle a supprimé sa ceinture.

OBSERVATION XVI.

Fibrome de l'utérus.

M..., 35 ans.

Entre le 4 juillet 1898 à St-Antoine.

Laparotomie le 9 juillet. Hystérectomie totale. Suture en un seul plan, au crin. Mikulicz.

Le 11 juillet, suppression du Mikulicz.

La convalescence est parfaite et la malade sort dans un excellent état le 16 août.

La malade *est revue* en octobre 1899 : les suites opératoires sont très bonnes ; la cicatrice et la paroi sont très solides.

OBSERVATION XVII.

Hernie épiploïque para-ombilicale.

P..., 33 ans, employé de chemin de fer.

Entre à St-Antoine, le 24 novembre 1898.

Laparotomie le 29 novembre. Le sac est adhérent à l'anneau.

Suture en un seul plan.

Les suites opératoires sont bonnes et le malade sort guéri le 18 décembre.

Il est *revu par nous* le 26 novembre 1899. La cicatrice est très bonne et très résistante ainsi que la paroi. Le malade n'a jamais porté de ceinture.

OBSERVATION XVIII.

Salpingo-ovarite double.

F..., 33 ans, ménagère.

Entre à St-Antoine, le 10 octobre 1898.

Laparotomie le 7 décembre. Double castration. Mikulicz et suture au crin en un seul plan.

Le 11 on enlève le Mikulicz et l'on place un drain.

Le 24 du pus nettement collecté est reconnu. On lui livre passage par le trajet fistuleux persistant.

Le 20 janvier, la malade sort guérie.

La malade est *revue par nous* le 26 novembre 1899 et présente une très bonne cicatrice. La paroi est très solide.

La malade porte une ceinture.

OBSERVATION XIX.

Hématocèle de la trompe gauche.

B..., 31 ans.

Entre à St-Antoine le 11 décembre 1898.

Laparotomie le 29 décembre. Extirpation d'un kyste contenu sanguin. Mikulicz et drain. Suture en un seul plan.

Le 4 janvier, suppression du drain.

Le 26 la malade sort complètement guérie.

La malade *est revue* en août 1899. La paroi est très résistante et la cicatrice est excellente.

OBSERVATION XX.

Kyste de l'ovaire droit.

S..., 31 ans, marinière.

Entre à St-Antoine le 27 décembre 1898.

Laparotomie le 4 janvier 1899. Extirpation du kyste qui contient un liquide hématique. Mikulicz et suture en un seul plan.

Le 5 janvier, suppression du Mikulicz.

Le 14, ablation des fils.

Le 29, la malade soit guérie.

La malade *a été revue* en septembre 1899. La cicatrice et la paroi étaient excellentes.

OBSERVATION XXI.

Hernie ombilicale.

F..., 33 ans.

Entre à St-Antoine le 4 janvier 1899.

Omphalectomie le 7 janvier ; suture en un seul plan.

La malade est guérie le 30 janvier.

OBSERVATION XXII.

Fibrome utérin.

B..., 44 ans, domestique.

Entre à St-Antoine le 28 décembre 1898.

Laparotomie le 21 janvier 1899 ; hystérectomie totale.

Mikulicz et suture en seul plan.

Le 20 janvier, suppression du Mikulicz ; on place un drain.

Le 25, suppression du drain.

Le 30, ablation des fils.

Le 25 février, la malade soit guérie.

OBSERVATION XXIII.

Ovéro-salpingite gauche.

G..., 23 ans, ménagère.

Entre à St-Antoine le 8 février 1899.

Laparotomie le 23 février. Ablation de l'ovaire et de la trompe gauches. Mikulicz. Suture en un seul plan.

Les suites de l'opération sont excellentes et la malade part pour le Vésinet le 21 mars.

OBSERVATION XXIV.

Salpingite double.

B..., 36 ans, domestique.

Entre à St-Antoine le 31 mars 1899.

Laparotomie le 19 avril. Double castration. Suture en un seul plan au crin de Florence.

Les suites opératoires sont normales et la malade sort guérie le 20 mai.

La malade a été revue par nous le 19 novembre 1899. Elle a une paroi et une cicatrice parfaites. Elle porte une ceinture.

OBSERVATION XXV.

Fibrome de l'utérus.

L..., 49 ans.

Entre à St-Antoine le 27 mars 1899.

Laparotomie le 20 avril. Hystérectomie totale. Suture au crin en un seul plan.

La malade sort le 12 mai.

La malade est revue par nous, le 26 novembre 1899; la paroi et la cicatrice sont en excellent état. La malade porte une ceinture.

OBSERVATION XXVI.

Rystes multiples de l'ovaire.

P..., 45 ans, couturière.

Entre le 28 mars 1899 à St-Antoine.

Laparotomie le 4 mai, castration unilatérale. Mikulicz, suture en un seul plan.

Le 6 mai, suppression du Mikulicz.

La malade sort guérie le 26 mai.

La malade *est revue* en novembre et va très bien : la cicatrice et la paroi sont parfaites.

Hernies.

OBSERVATION XXVII.

Hernie inguinale droite.

G..., 23 ans, serrurier.

Entre le 23 février 1898 à St-Antoine.

Cure radicale le 26 février. Suture en un seul plan.

Le 6 mars ablation des fils.

Le 24. — Le malade part pour Vincennes.

Le malade *est revu par nous* le 19 novembre 1899 ; il n'a jamais porté de bandage ; la paroi est parfaite.

OBSERVATION XXVIII.

Hernie inguinale droite.

L..., 34 ans, journalier.

Entre à St-Antoine le 7 mars 1898.

Cure radicale le 9 mars. Hernie du gros intestin. Suture en un seul plan.

Le 9 avril, le malade sort guéri.

Le malade *est revu par nous* le 26 novembre 1899 ; il présente une

pointe de hernie qui a filé au-dessous de la cicatrice, cette dernière étant restée très bonne et présentant une induration sous-jacente assez accusée. Toute la paroi abdominale est du reste très affaiblie aussi bien à gauche qu'à droite.

OBSERVATION XXIX.

Epiplocèle droite congénitale et ectopie testiculaire.

L..., 18 ans, épicier.

Entre à St-Antoine le 7 mars 1898.

Cure radicale le 11 mars. Suture en un seul plan.

Le 21 mars, ablation des fils.

Le 18 avril, le malade part pour Vincennes.

Le malade est *revu par nous* le 26 novembre 1899 : la paroi est très solide et la cicatrice très bonne. Il n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XXX.

Epiplocèle inguinale gauche.

C..., 18 ans.

Entre à St-Antoine le 4 juillet 1898.

Cure radicale le 13 juillet. Suture en un seul plan.

Ablation des fils le 22 juillet. Deux ont suppuré légèrement.

Le 1^{er} août, la suppuration a complètement disparu et le malade sort le 2 août.

Le malade est *revu par nous* en novembre 1899 : la cicatrice est parfaite et la paroi très solide. Il n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XXXI.

Hernie inguinale droite.

A..., 33 ans, cocher.

Entre à St-Antoine le 10 juillet 1898.

Cure radicale le 16 juillet. Suture en un seul plan.

Ablation des fils le 25 juillet.

Le 9 août, le malade sort guéri.

Le malade est *revu par nous* le 26 novembre 1899. La paroi et la cicatrice sont excellentes. Il a porté un bandage pendant 3 mois après son opération.

OBSERVATION XXXII.

Hernie inguinale droite.

S. . . , 22 ans, menuisier.

Entre à St-Antoine le 6 novembre 1898.

Cure radicale le 14 novembre. Suture en un seul plan.

Le malade est *revu par nous* le 26 décembre 1899 : la paroi est bonne ; le résultat est excellent.

OBSERVATION XXXIII.

Hernie inguinale droite avec ectopie testiculaire.

M. . . , 16 ans, garçon nourrisseur.

Entre à St-Antoine, le 9 novembre 1898.

Cure radicale le 16 novembre. Suture en un seul plan.

Le malade sort guéri le 10 décembre.

Le malade est *revu par nous* le 19 novembre 1899. Le résultat est parfait ; la paroi est très solide. Le malade n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XXXIV.

Hernie inguinale gauche congénitale.

N. . . , 19 ans, tôleier.

Entre à St-Antoine, le 16 novembre 1898.

Cure radicale le 22 novembre. Suture en un seul plan.

Le 10 décembre, le malade sort guéri.

Le malade a *été revu par nous* le 19 novembre 1899 : la paroi est très bonne et la cicatrice très solide. Il n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XXXV.

Hernie inguinale gauche.

N..., 40 ans, boulanger.

Entre à St-Antoine, le 23 novembre 1898.

Cure radicale le 2 décembre. Suture en un seul plan

Le 24 décembre, le malade sort guéri.

OBSERVATION XXXVI.

Hernie inguinale gauche.

C..., 23 ans, pâtissier.

Entre à St-Antoine, le 3 décembre 1898.

Cure radicale le 7 décembre. Suture en un seul plan.

Le 29 décembre, le malade sort guéri.

Le malade *est revu* en novembre 1899. La cicatrice est parfaite et la paroi très résistante,

OBSERVATION XXXVII.

Hernie inguinale droite étranglée.

T..., 63 ans, cocher.

Entre à St-Antoine le 9 décembre 1898 avec un étranglement datant de 20 heures.

Cure radicale le 20 décembre. Suture en un seul plan.

Le 31 décembre, le malade sort complètement guéri.

Le malade a été *revu par nous* le 19 novembre 1899.

La cicatrice est très bonne, mais la paroi est un peu faible, ce qui n'a rien d'étonnant chez cet homme très usé qui, nous dit-il, n'a jamais eu de paroi excessivement solide.

Il continue à porter un bandage.

OBSERVATION XXXVIII.

Hernie inguinale droite.

J..., 34 ans, monteur en bronze.

Entre à St-Antoine, le 16 décembre 1895.

Cure radicale le 20 décembre. Suture en un seul plan.

Le 9 janvier 1899, le malade sort.

Le malade est *revu par nous* le 19 novembre 1899. La cicatrice est très bonne et la paroi solide. Il n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XXXIX.

Hernie inguinale droite récidivée.

B..., 24 ans, valet de chambre.

Entre à St-Antoine, le 6 janvier 1899. A été opéré il y a 5 ans.

Récidive un mois après.

Cure radicale le 9 janvier. Sac adhérent aux tissus cicatriciels.

Suture en un seul plan.

Le 28 janvier, le malade sort dans un état parfait.

OBSERVATION XL.

Hernie inguinale droite récidivée.

T..., 30 ans, comptable.

Entre à St-Antoine le 9 janvier. A été opéré le 7 octobre 1898 d'une hernie étranglée. On n'aurait pas touché au canal inguinal car on aurait été obligé de drainer un abcès existant alors. Récidive.

Cure radicale le 14 janvier. Suture en un seul plan.

Le 24 janvier, ablation des fils.

Le 7 février, le malade sort en très bon état.

Le malade, est *revu par nous* le 19 novembre 1899. Bien qu'il ait eu, au cours de sa convalescence, une attaque de grippe, et malgré la toux très fréquente occasionnée par cette grippe, la paroi est excellente. Il n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XLI.

Hernie inguinale gauche.

V..., 18 ans, ébéniste.

Entre à St-Antoine, le 13 janvier 1899.

Cure radicale le 18 janvier. Suture en un seul plan.

Le 28 janvier, ablation des fils.

Le 11 février, le malade part à Vincennes.

Le malade a été *revu par nous* le 19 novembre 1899. La cicatrice et la paroi sont excellentes. Il n'a jamais porté de bandage.

OBSERVATION XLII.

Hernie inguinale gauche.

B..., 31 ans, maçon.

Entre à St-Antoine, le 20 janvier 1899.

Cure radicale le 26 janvier. Suture en un seul plan.

Ablation des fils le 5 février.

Le 18 février, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION XLIII.

Hernie inguinale gauche.

M..., 27 ans, charpentier.

Entre à St-Antoine, le 7 février 1899.

Cure radicale le 9 février. Suture en un seul plan.

Le 19 février, ablation des fils.

Le 4 mars, le malade sort avec une très bonne paroi.

OBSERVATION XLIV.

Hernie inguinale droite.

B..., 42 ans, charretier.

Entre à St-Antoine, le 3 février 1899.

Cure radicale le 9 février. Suture en un seul plan.

Le 11 mars, le malade part complètement rétabli à Vincennes.

OBSERVATION XLV.

Hernie inguinale droite.

K..., 24 ans, coupeur en chaussures.

Entre à St-Antoine, le 22 février 1899.

Cure radicale le 2 mars. Suture en un seul plan.

Le 14 mars, ablation des fils.

Le 25, le malade part pour Vincennes.

Le 10 avril, la paroi et la cicatrice sont excellentes.

OBSERVATION XLVI.

Hernie inguinale gauche congénitale.

T..., 16 ans, journalier.

Entre à St-Antoine le 3 mars 1899.

Cure radicale le 8 mars. Suture en un seul plan.

Le 1^{er} avril, le malade sort.

Le malade est *revu par nous* le 25 novembre 1899. La cicatrice et la paroi sont très bonnes.

OBSERVATION XLVII.

Hernie inguinale droite.

G..., 30 ans, garçon de restaurant.

Entre à St-Antoine le 6 mars 1899.

Cure radicale le 10 mars. Suture en un seul plan.

Le 1^{er} avril, le malade sort guéri.

OBSERVATION XLVIII.

Hernie inguinale gauche.

P..., 32 ans, boulanger.

Entre à St-Antoine le 6 mars 1899.

Cure radicale le 14 mars. Suture en un seul plan.

Le 8 avril le malade sort avec une très bonne paroi.

OBSERVATION XLIX.

Hernie inguinale droite.

R..., 35 ans, employé de commerce.

Entre à St-Antoine le 1^{er} mai 1899.

Cure radicale le 5 mai. Suture en un seul plan.

Le 15 mai, ablation des fils.

Le 27, le malade sort.

Le malade est *revu par nous* le 23 novembre 1899. La paroi et la cicatrice sont parfaites. Il n'a jamais porté de bandage.

CONCLUSIONS

I. — La suture en un seul plan met, aussi bien que la suture en étages, à l'abri des hernies et des éventrations dans la laparotomie, et des récidives dans la cure radicale des hernies inguinales.

II. — Elle permet de terminer rapidement les opérations que l'on a intérêt à écourter, et d'éviter les inconvénients inhérents à l'élimination tardive de la soie ou à la résorption prématurée du catgut.

III. — Le procédé qu'emploie M. Monod, simple, rapide et en même temps donnant une paroi extrêmement solide et résistante nous paraît être le procédé de choix dans la laparotomie.

IV. — Cette suture, comme l'ont montré MM. Villar et Vanverts, avec les modifications que comporte la technique de M. Monod, paraît pouvoir être aussi appliquée, avec avantage, à la cure radicale des hernies inguinales.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUD.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

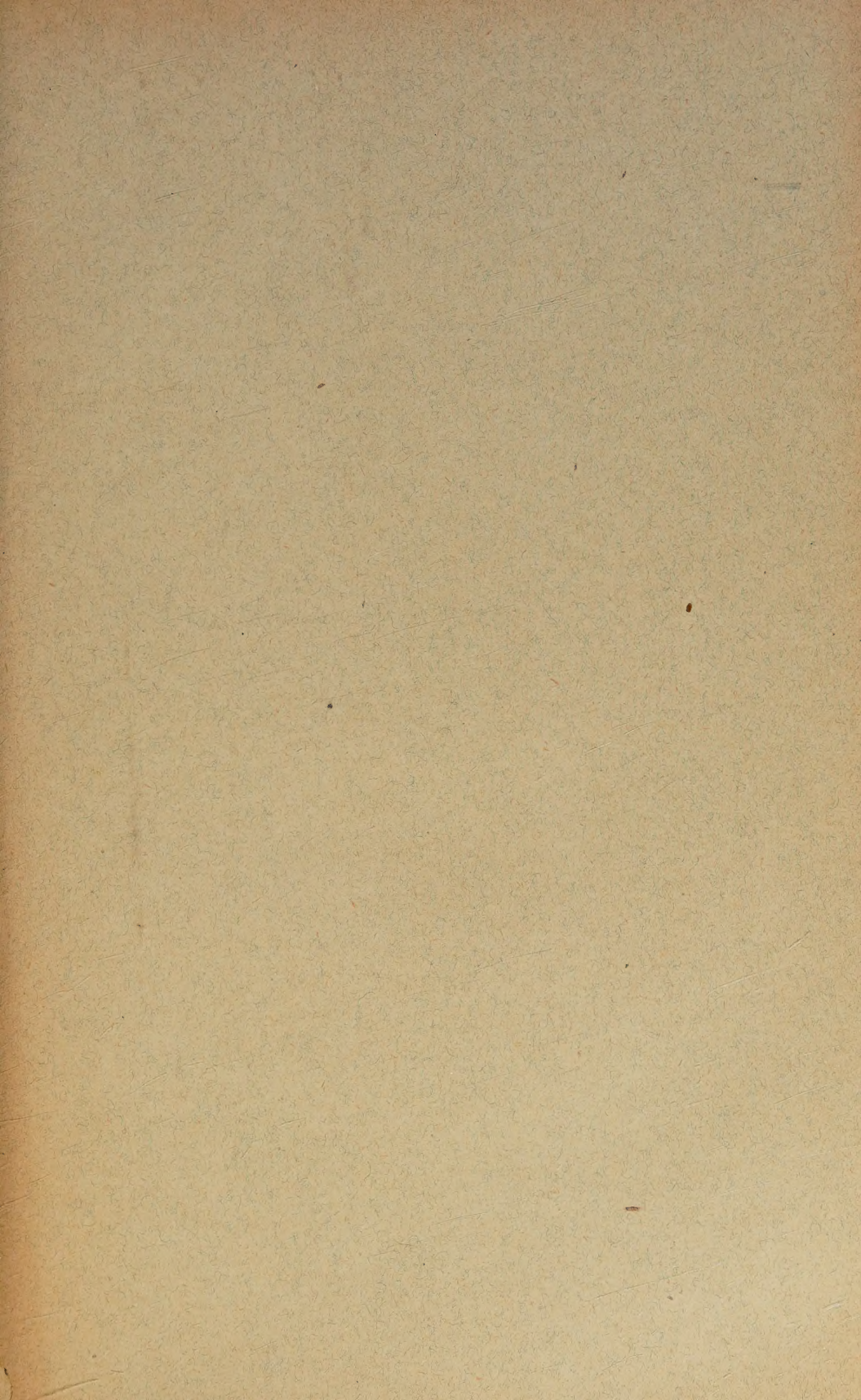
Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Abel.** — *Arch. für Gyn.*, 24 mars 1894.
- Amann.** — *XII^e Congrès intern. d'obst. et de gynécologie*, Genève, 1896.
- Bantock** — *Congrès de Genève*, 1896.
— *Semaine médicale*, 9 septembre 1896.
- Barton.** — *Journal of med. Sciences*, Dublin, 1884.
- Bassini.** — *Arch. für klin. Chirurg.*, t. XL, 1890, p. 429.
- Boinet.** — Article Ovariectomie. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1884.
- Bulletin de la Société de chirurgie.** — Discussion sur le choix des sutures, 8 juillet 1891.
- Condamin.** — *Archives provinciales de chirurgie*, 1^{er} septembre 1892.
- Corvin et Vicol.** — *XII^e Cong. int. des sc. médicales*, Moscou, 1897.
- Defontaine.** — *Archives provinc. de chirurgie*, février 1897.
- Dezon.** — *De la cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus.*
Thèse de Paris, 1898.
- Diriart.** — *Annales de gynécologie*, juillet 1896.
— *Traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie abdominale totale.*
Thèse de Paris, 1896.
- Duplay et Cazin.** — *Semaine médicale*, 11 novembre 1896, p. 453.
— *Archives gén. de médecine*, janvier 1897.
— *Semaine médicale*, 1897, p. 465.
- Dupont.** — *De la suture des parois de l'abdomen après les laparotomies.*
Thèse de Paris, 1893.
- Durand.** — *New-York medical Journal*, 16 mars 1895.
- Edebohls.** — *The american Gyn. and obst. journal*, mai 1896.
- Engström.** — *Congrès de Genève*, 1896.
- Faure (J.-L.).** — *Presse médicale*, 26 janvier 1898.
- Flatau.** — *Centralbl. für Gyn.*, 24 mars 1898.
- Gigli et Baroni.** — *Firenze stabilimento tipografico fiorentino*, 1897.
- Gyll Wylie.** — *American journal of obst.*, 1887.
- Hagedorn.** — *Centralbl. für Gyn.*, 1882.
- Hahn.** — *Centralbl. für Gyn.*, n^o 12, 1897.
— *Monatsch. von Geburst und Gyn.*, mai 1897.
- Ihle.** — *Wiener medicinische Presse*, n^o 40, 1896.
- Jonnesco.** — *XII^e Congrès international de Moscou*, 1897.
— *Centralbl. Chirurgie*, n^o 82, 1897.
— *Semaine médicale*, 1897, p. 335.

- Kehrer.** — *Centralbl. für Gyn.*, n° 44, 1896.
Kossmann. — *Centralbl. für Gyn.*, n° 44, 1896.
Laroyenne. — *Congrès de Genève*, 1896.
La Torre. — *Congrès de Genève*, 1896.
Latzko. — *Congrès de Genève*, 1896.
Lucas-Championnière. — *Cure radicale des hernies avec statistique.*
Marcy. — *British medical association Montreal*, 1897.
Monod. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, n° 30, p. 812, 1899.
Payot. — *Thèse de Paris*, 1897.
Poppert. — *Deutsche med. Wochensch.*, n° 49, 1897.
Pozzi. — *Congrès français de chirurgie*, 1888.
— *Congrès français de chirurgie*, 1891.
— *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1887, p. 576.
— *Bulletin de la Société de chirurgie*, février 1897, p. 176.
Price. — *Incision dans la laparotomie. Sa suture. Complications post-opératoires*, 20 janvier 1894.
Pryor. — *Medical Record*, 19 septembre 1891.
Queirel. — *Congrès de Genève*, 1896.
Rapin. — *Congrès de Genève*, 1896.
Ratschynsky. — *Revue de gyn. et de chirurgie abdom.*, 10 août 1898.
Reclus. — *Société de chirurgie*, 29 octobre 1890.
Roux. — *Thèse de Lyon*, 1895.
Schede. — *Berlin. klin. Wochensch.*, 12 juin 1893.
— *Congrès allemand de chirurgie*, 1893.
Schœffer. — *Centralbl. für Gyn.*, n° 40, 1896.
Segond. — *Thèse d'agrégation. Paris*, 1883.
Spencer-Wells. — *Des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, 1883.
Stokes. — *British medical journal*, 8 mars 1884.
Terrier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 8 juillet 1891.
Tillaux. — *Traité de chirurgie clinique*, 1894, t. II, p. 206.
Vanverts. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, n° 30, p. 812, 1899.
Villar. — *Journal de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, 1894.
— *Journal de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, 1895.
— *Journal de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, 1897.
— *XI^e Congrès français de chirurgie. Paris*, 1897.
— *Semaine médicale*, 1897, p. 387.
Waldo. — *New-York medical Journal*, 16 mars 1896.
Zweifel. — *Centralbl. für Gyn.*, n° 19, 1897.



Imp. J. THEVENOT, Saint-Dizier (Hte-Marne)
